

**ĐÁNH GIÁ QUÁ TRÌNH PHỤC HỒI TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN
DO LẠNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP XOA BÓP BẮM HUYỆT
KẾT HỢP VỚI ĐIỆN CHÂM QUA PHẢN XẠ NHÁY MẮT (BLINK-REFLEX)**

**LÊ VĂN THÀNH - Bệnh viện YHDT Tuyên Quang
HOÀNG ANH TUẤN, TRẦN QUANG TRUNG
Học viện Quân y**

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 64 bệnh nhân liệt dây thần kinh số 7 do lạnh được chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu 32 bệnh nhân điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm và nhóm chứng 32 bệnh nhân điều trị bằng điện châm đơn thuần. Theo dõi quá

trình phục hồi qua phản xạ nháy mắt (Blink-reflex) chúng tôi nhận thấy: Tổn thương nặng dẫn truyền hoàn toàn: nhóm nghiên cứu trước điều trị: 18,75%, sau điều trị còn 0%; nhóm chứng trước điều trị 37,5%, sau điều trị còn 12,5%. Điện cơ bình thường nhóm

ngiên cứu trước điều trị 3,13%, sau điều trị tăng lên 43,75%; nhóm chứng trước điều trị 3,13%, sau điều trị tăng lên 34,37%. Kết quả nghiên cứu cho thấy sử dụng phản xạ nháy mắt có tác dụng gợi ý cho việc đánh giá tiên lượng bệnh trong liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh.

Từ khóa: liệt dây thần kinh số 7, xoa bóp bấm huyệt, điện châm.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây VII ngoại biên đã được biết đến rất sớm từ thời Hypocrat ở thế kỷ thứ V trước Công nguyên. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó phần lớn bệnh nhân là người trẻ và trung niên. Trải qua nhiều thế kỷ, đã có rất nhiều nghiên cứu về bệnh này như của Clodius, Charles Bell, Vera, Ramsay Hunt... và cũng đã đề xuất nhiều phương pháp điều trị liệt dây VII ngoại biên như: phương pháp chuyển mạch máu, phẫu thuật dây thần kinh mặt, phẫu thuật nối thông dây thần kinh mặt -sống - dưới lưỡi, vai trò của Acyclovir trong điều trị liệt dây VII ngoại biên...

Ở Việt Nam, từ xưa đến nay y học cổ truyền cũng đã có rất nhiều nghiên cứu về các phương pháp điều trị liệt dây VII như: phương pháp dùng thuốc bôi, uống, đắp... bằng các chế phẩm dược liệu, phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, điện châm, thủy châm, ôn châm, xoa bóp, bấm huyệt...

Điều trị bệnh liệt dây VII ngoại biên do lạnh (chiếm 75%) bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm là một trong những phương pháp điều trị thường được đề cập đến.

Chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá quá trình phục hồi trên bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh được điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm qua phản xạ nháy mắt (Blink-Reflex)" với mục tiêu:

Theo dõi quá trình phục hồi ở bệnh nhân liệt dây VII ngoại biên do lạnh bằng điện cơ qua phản xạ nháy mắt (Blink-Reflex).

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

- Tình hình bệnh liệt dây VII ngoại biên trên Thế giới và ở Việt Nam

Tổn thương dây thần kinh số VII là bệnh thường gặp trong số các bệnh lý về dây thần kinh. Theo Hubschmann (1984), tổn thương dây VII gặp khoảng 2% trong tổng số tổn thương các dây thần kinh ngoại vi. Trong chiến tranh Vệ quốc (1939-1945) của Liên Xô cũ, tỷ lệ số người bị tổn thương dây VII là 38% trong tổng số các trường hợp tổn thương dây thần kinh đơn lẻ, nó chỉ đứng sau tổn thương dây thần kinh hông to và dây thần kinh số V.

Ở Việt Nam chưa có thống kê trong toàn quốc, nhưng thống kê 9 tháng đầu năm 2000 của Bệnh viện Châm cứu Trung ương cho thấy có 331 bệnh nhân bị liệt dây VII ngoại biên trong tổng số 336 bệnh nhân bị tổn thương các dây thần kinh sọ. Trong 6 tháng đầu năm 2002 trong tổng số 797 bệnh nhân bị tổn thương rễ và đám rối thần kinh có 259 bệnh nhân bị liệt dây VII ngoại biên.

- Nguyên nhân gây bệnh

+ Do lạnh: Hay gặp nhất chiếm tới 75%, nguyên phát, thường sau bệnh nhân bị nhiễm lạnh và hay xảy ra vào ban đêm.

+ Do viêm nhiễm: viêm nhiều rễ và dây thần kinh, viêm dây VII, viêm tai xương chũm, Zona, hạch gối...

+ Do các tổn thương nền sọ: vỡ nền sọ gây vỡ xương đá, tai biến sản khoa.

+ Do khối u: u góc cầu tiểu não, u dây thần kinh VII, u tai xương chũm

+ Có thể gây tê tại chỗ cũng đóng vai trò là một nguyên nhân gây bệnh

- Điều trị liệt dây VII ngoại biên theo y học cổ truyền.

- Các phương pháp không dùng thuốc: Cúu, châm, điện châm, ôn châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt.

- Các phương pháp dùng thuốc: bôi, uống, xông, xoa, đắp... bằng các chế phẩm dược liệu Hiện nay sử dụng điều trị liệt VII ngoại biên là châm cứu XBBH.

* **Đánh giá liệt dây VII ngoại biên bằng phản xạ nháy mắt (Blink-reflex).**

Dựa trên cơ sở sinh lý của dẫn truyền thần kinh mà người ta đã đưa ra các nguyên tắc nghiên cứu tốc độ dẫn truyền thần kinh. Đối với các trường hợp tổn thương dây VII ngoại biên do lạnh, người ta thường dùng phương pháp đo tốc độ dẫn truyền thần kinh bằng phản xạ nháy mắt để đánh giá một cách tương đối mức độ tổn thương và tiên lượng cũng như tiến triển của bệnh.

Ghi phản xạ nháy mắt là một trong những phương pháp chuyên biệt thường được nghiên cứu trong chẩn đoán liệt dây VII. Cơ chế của phản xạ nháy mắt có thể giải thích: kích thích điện vào dây thần kinh trên ổ mắt, xung kích thích đi vào nhân dây V rồi đến nhân dây VII cùng bên ở hành não (từ đây cho đáp ứng R₁), đồng thời có đường dẫn truyền liên hợp đến hành não cùng bên rồi từ đó lại quay lên nhân dây VII cùng bên và đối bên (cho đáp ứng R₂ ở cả hai bên).

Các tác giả đều thống nhất rằng phản xạ nháy mắt có thể dùng để đánh giá tiên lượng trong liệt mặt ngoại biên ở giai đoạn sớm.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 64 bệnh nhân bị liệt dây VII ngoại biên do lạnh, phân biệt tuổi giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, có nguyên nhân liệt dây VII do lạnh.

Phương pháp nghiên cứu

64 bệnh nhân chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu (32 người): xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm. Nhóm đối chứng (32 người): điện châm đơn thuần theo phác đồ thường quy gồm các huyệt: Tại chỗ. Dùng kim châm các huyệt: Tinh minh, Toán trúc, Dương bạch, ế phong, Giáp xa, Địa thương, Nghinh hương, Thừa tướng và Nhân trung. Toàn thân: Hợp cốc (Đối diện).

* Kỹ thuật ghi phản xạ nháy mắt và các chỉ số theo dõi.

- *Chỉ số nghiên cứu cận lâm sàng* được nghiên cứu là phản xạ nháy mắt được đo hai lần trước và sau điều trị.

- *Kỹ thuật:* Điện cực bề mặt kích thích đặt vào vùng trên ổ mắt chỗ dây V chui ra, điện cực đối chiếu đặt ở

phía bên của mũi, điện cực đất cắm ở tay, sử dụng hai kênh cùng một lúc để ghi đáp ứng ở cả hai bên.

- *Chỉ số theo dõi:*

- Thời gian tiềm tàng của R₁ mỗi bên (L₁).
- Thời gian tiềm tàng của R₂ cùng bên kích thích (L₂).

Để đánh giá kết quả điều trị qua phản xạ nháy mắt chúng tôi chia 3 mức độ:

+ **Khỏi:** độ chênh lệch thời gian tiềm tàng giữa bên bệnh và bên lành sau điều trị giảm nhiều so với trước điều trị (Độ chênh bằng 0 hoặc nằm trong giới hạn cho phép L1 bệnh - L1 lành <1,3ms và L2 bệnh - L2 lành <4,9ms).

+ **Đỡ:** Độ chênh lệch thời gian tiềm tàng sau điều trị giảm rõ rệt so với trước, hoặc trước điều trị không có sóng đáp ứng, sau điều trị đã xuất hiện sóng trở lại dù thời gian tiềm tàng ở ngoài giới hạn cho phép.

+ **Không khỏi:** Độ chênh lệch không hồi phục hoặc vẫn không có sóng đáp ứng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Tuổi và giới bệnh nhân nghiên cứu.

Nhóm bệnh	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		P
	Nam n(%)	Nữ n(%)	Nam n(%)	Nữ n(%)	
Dưới 18	1(3,12)	1(3,12)	1(3,12)	1(3,12)	> 0,05
18 đến 49	7(21,87)	34,38)	7(21,87)	9(28,13)	> 0,05
≥ 50	7(21,87)	5(15,63)	9(28,13)	5(15,63)	> 0,05
Cộng	15(46,87)	17(53,13)	17(53,13)	15(46,87)	> 0,05

Bệnh nhân bị liệt dây thần kinh số 7 ngoại biên do lạnh thường ở trong độ tuổi lao động (trên 18 tuổi chiếm tỷ lệ 93,75%). Sự khác nhau về độ tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với P>0,05.

- Tỷ lệ nam, nữ mắc bệnh liệt dây thần kinh số 7 ngoại biên do lạnh là tương đương nhau (46,87% và 53,13%) và sự khác biệt về giới tính giữa 2 nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

Bảng 2: Phân loại bệnh nhân theo mức độ tổn thương trên phản xạ nháy mắt trước khi điều trị.

Nhóm bệnh	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		P
	n	%	n	%	
Bình thường	1	3,12	1	3,12	> 0,05
Nhẹ	25	78,12	19	59,38	> 0,05
Nặng	6	18,76	12	37,5	> 0,05
Cộng	32	100	32	100	

Sự khác biệt về mức độ tổn thương trên phản xạ nháy mắt giữa 2 nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05. Tổn thương trên phản xạ nháy mắt ở mức độ nhẹ gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm (78,12% và 59,38%).

Bảng 3. Phản xạ nháy mắt trước và sau điều trị.

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng	
	Trước ĐT n(%)	Sau ĐT n(%)	Trước ĐT n(%)	Sau ĐT n(%)
Nghẽn dẫn truyền hoàn toàn	6 (18,75)	0	12 (37,5)	4 (12,5)
Nghẽn dẫn truyền không hoàn toàn	25 (78,12)	18 (56,25)	19 (59,38)	17 (53,12)
Bình thường	1 (3,13)	14 (43,75)	1 (3,13)	11 (34,37)
Cộng	32	32	32	32
P	< 0,01		< 0,05	

Triệu chứng nghẽn dẫn truyền hoàn toàn và bình thường sự thay đổi kết quả điều trị cả hai nhóm nghiên cứu đều có ý nghĩa thống kê với P < 0,01; triệu chứng nghẽn dẫn truyền không hoàn toàn, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm nghiên cứu với P>0,05.

Bảng 4: Kết quả điều trị theo mức độ tổn thương trên phản xạ nháy mắt.

Điện cơ	Bình thường		Nghẽn không hoàn toàn		Nghẽn hoàn toàn	
	NC n(%)	ĐC n(%)	NC n(%)	ĐC n(%)	NC n(%)	ĐC n(%)
Khỏi	1 (100)	1 (100)	24 (96,0)	15 (78,95)	5 (83,33)	3 (25,0)
Đỡ	0	0	1 (4,0)	4 (21,05)	1 (16,67)	8 (66,67)
Không đỡ	0	0	0	0	0	1(8,33)
Cộng	1	1	25	19	6	12
P	> 0,05		> 0,05		< 0,001	

Nhóm phản xạ nháy mắt trong giới hạn bình thường cả hai nhóm nghiên cứu đều có tỷ lệ khỏi là 100%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

- Nhóm nghẽn dẫn truyền hoàn toàn kết quả điều trị khỏi ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với P < 0,001.

- Nhóm nghẽn dẫn truyền hoàn toàn: kết quả điều trị ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

Bảng 5: Liên quan giữa sự thay đổi phản xạ nháy mắt với kết quả điều trị.

Tổn thương	Nặng		Nhẹ		Bình thường	
	NC n(%)	ĐC n(%)	NC n(%)	ĐC n(%)	NC n(%)	ĐC n(%)
Khỏi	5 (83,33)	3 (75,0)	24 (96,0)	15 (78,95)	1 (100)	1 (100)
Đỡ	1 (16,67)	0	1 (4,0)	4 (21,05)	0	0
Không khỏi	0	1(25,0)			0	0
Cộng	6	4	25	19	1	1
P	> 0,05		> 0,05		> 0,05	

- Bệnh nhân tổn thương nặng trên lâm sàng nhóm nghiên cứu vẫn còn 16,67% đỡ, nhóm chứng còn 25,0% không khỏi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

- Bệnh nhân tổn thương nhẹ trên lâm sàng nhóm nghiên cứu vẫn còn 4,0% đỡ, nhóm chứng còn 21,05% đỡ, không còn bệnh nhân không khỏi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

- Bệnh nhân ở trong tình trạng bình thường trên lâm sàng 100% được điều trị khỏi ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

KẾT LUẬN

Điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm có hiệu quả tốt, được thể hiện qua phản xạ nháy mắt.

- Tổn thương nghẽn dẫn truyền hoàn toàn: nhóm nghiên cứu trước điều trị: 18,75%, sau điều trị còn 0%; nhóm chứng trước điều trị 37,5%, sau điều trị còn 12,5%.

- Điện cơ bình thường nhóm nghiên cứu trước điều trị 3,13%, sau điều trị tăng lên 43,75%; nhóm chứng trước điều trị 3,13%, sau điều trị tăng lên 34,37%.

- Sử dụng phản xạ nháy mắt có tác dụng gợi ý cho việc đánh giá tiên lượng bệnh trong liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quốc Hiếu, Tarasenco (2001-2002), *Đánh giá tác dụng lâm sàng điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng ôn châm điện kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr. 446-463.

2. Bùi Mỹ Hạnh, Nguyễn Tuấn Anh, Lê Quang Cường

(1997), "Nghiên cứu giá trị phản xạ nháy mắt trong chẩn đoán liệt dây VII ngoại biên", *Tạp chí Y học thực hành*, số 9, tr. 18-21.

3. Bạch Thanh Thủy (1995), *Phản xạ nháy mắt: Giá trị bình thường và bệnh lý trong liệt dây VII ngoại biên*, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y, Học viện quân y.

4. Kimura J. (1983), "The blink reflex, Electrodiagnosis in diseases by nerve and muscle principles and practice", *FD Davis*, Philadelphia, 323-348.

5. Kimura J. (1983), "The blink reflex, Electrodiagnosis in clinical neurology", 369-402.

6. Li L. (2000), "50 cases of facial paralysis treated by acupuncture and massage", *Your delicated acupuncture and Chinese medicine Website*.